Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Berlin, Artilleriestr. 18
(Direktor: Geheimrat Prof. Dr. W. Stoeckel)

Ergebnisse der Neugebauer-Le Fort'schen Prolapsoperation

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung des Medizinischen Doktorgrades an der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin

vorgelegt von

Werner Tauchmann
aus Berlin

Tag der Promotion: 30. November 1938

VERLAG RUDOLPH PFAU :: BERLIN NW7

M 350

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. Siebeck

Referent: Prof. Dr. Caffier

Korreferent: Prof. Dr. Stoeckel

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Die operative Gynäkologie erscheint innerhalb der Frauenheilkunde als das am besten abgeschlossene Gebiet. Erstaunlich und überraschend ist es, daß im Gegensatz zu der im allgemeinen völlig ausgebauten und eindeutig festgelegten Operationstechnik, die in mancher Beziehung auf vielen Gebieten einen Stand erreicht hat, der nicht mehr zu übertreffen ist, in der Frage der operativen Behandlung des Genitalprolapses eine kaum übersehbare Fülle von Operationsmethoden besteht. Es werden immer neue dazu erfunden und häufig durch teilweise unwichtige oder sich ähnelnde Modifikationen abgeändert und ergänzt. Verfolgt man entwicklungsgeschichtlich alle diese Operationsmethoden, so kommt man zu der Ueberzeugung, daß das Gebiet der Lageanomalien schon immer ein dankbares Feld für das Können und den Erfindergeist der Operateure bedeutet hat. Heute hat fast jede Schule und jeder Operateur seine Methode zur Prolaps-Behandlung, an der er häufig allzu starr festhält.

Der Grund dafür ist hinreichend bekannt:

Es gibt noch keine Standard-Operation, die eine Gewähr für sicheren Erfolg, d. h. Recidivfreiheit bietet.

Eine Reihe von Faktoren sind für den Erfolg einer solchen Operation entscheidend. Die Indikationsstellung, die Wahl der Operationsmethode und die einwandfreie technische Durchführung der Operation. Jede Prolaps-Behandlung muß individuell angefaßt werden; die Prolaps-Operation stellt keine „Anfänger-Operation" dar, sondern erfordert langjährige Erfahrung und technisches Können, wenn sie erfolgreich sein soll. Darin stimmen alle Autoren der heute maßgebenden Operationslehren überein.

Wie kommt es nun zu den abweichenden Ergebnissen bei der Beurteilung der verschiedenen Operationsmethoden? Es gibt keine festen Normen, um über Erfolg oder Mißerfolg eindeutig zu entscheiden; die Beurteilung wird immer dem Ermessen des Autors überlassen sein. Eine Tatsache ist jedenfalls bemerkenswert, daß den günstigen Ergebnissen, die manche Schulen oder Operateure mit den von ihnen erdachten und auch ausgeführten Methoden erzielen, die weniger guten Erfolge anderer Operateure gegenüberstehen, die dieselbe Methode angewendet haben.

Im Handbuch von Stoeckel berichtet von Jaschke beispielsweise über die Ergebnisse von 22 Autoren mit der Interposi-

tion nach Schaute-Wertheim und belegt seine Darstellung mit Zahlen von 2,4% bis 57,2% Recidiven. Auch Weibel hat auf der Tagung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie 1937 in seinem Hauptreferat auf die Unterschiede der Operationserfolge hingewiesen und deshalb die statistischen Vergleiche zwischen den einzelnen Kliniken und Operateuren als unmöglich und fehlerhaft abgelehnt.

Bevor ich auf die Operation, über deren Ergebnisse ich später berichten will, zu sprechen komme, möchte ich die historische Entwicklung der operativen Prolapsbehandlung anführen.

Die ersten Versuche, auf operativem Wege einen Vorfall der Vagina und des Uterus zu verhindern, bestand in dem Verfahren, das schon von den Hippokratikern geübt und Elytrorrhaphia genannt wurde. Es soll in dem Ausschneiden kleiner Schleimhautstücke aus der Vaginalwand bestanden haben und bezweckte offenbar, daß die Scheide durch die sich bildenden Narben mehr Halt bekam und so eine gewisse Verengerung herbeigeführt wurde. Diese Idee mutet uns zwar primitiv an, jedoch darf nicht vergessen werden, daß bei allen auch heute noch üblichen Methoden eine Verengerung der Scheide erzielt wird.

Eine im Prinzip geistvolle und heute noch für spezielle Fälle wertvolle Methode ist die, durch Herstellen eines medianen Längssteges in der Scheide das Vorfallen des Uterus zu verhindern. Der französische Arzt Romain Gérardin aus Metz ist der geistige Urheber dieser Methode, denn er machte im Jahre 1823 als erster den Vorschlag, den unteren Teil der Vagina zu verengen, um so Gebärmutter und Scheide am Vorfall zu verhindern. Die Operation sollte in der Abtragung der Vaginalschleimhaut an zwei gegenüberliegenden Stellen und in der Vereinigung der so angefrischten Wundflächen durch Naht bestehen. Er selbst hat keinen Beweis für die Brauchbarkeit seiner Operationsmethode gegeben.

In den folgenden Jahren führten Jobert de Lamballe und Marion Sims die von Gérardin angegebene Operation aus und modifizierten sie teilweise.

Zum ersten Male hat der ältere Neugebauer in Warschau 1867 eine Operation praktisch durchgeführt, bei der die eine Wundfläche in der Mitte der vorderen und die andere in der Mitte der hinteren Scheidewand lag. Von Gérardins Vorschlag wich er insofern ab, als er nicht, wie dieser angegeben hat, die Verengerung der Scheide am unteren Ende vornahm, sondern sie mindestens 3 bis

4 cm oberhalb des Introitus vaginae forderte. Er bezeichnete seine Operation als Elytrorrhaphia seu Colporraphia mediana. Neugebauer operierte 12 Fälle, von denen 10 einen unmittelbar guten Erfolg hatten. Darunter waren viele, meist sehr schwere und schon seit Jahren bestehende Vorfälle. Der eine der beiden mißglückten Fälle ist ein so schwerer gewesen, daß er nach Neugebauers Ansicht für die Bewertung der Operationsmethode nicht angerechnet werden dar. Leider sind nur 3 Patientinnen nachuntersucht worden, so daß die Ergebnisse zum größten Teil die primären bei der Entlassung aus der Klinik sind. Neugebauers Arbeit wurde 1867, 70 und 71 in polnischen Zeitschriften veröffentlicht, aber die Methode wurde erst allgemein bekannt, als Fälle von Léon Le Fort in Paris im Jahre 1876 berichtet wurden.

Le Fort hatte, der Literatur nach zu urteilen, keine Kenntnis von der Operationstechnik Neugebauers, sondern er folgte der Anregung Gérardins und führte „Das Cloisennement du vagin", wie er es nannte, praktisch aus. Seine erste Patientin war eine 29-jährige Frau, IV. para, mit einem kompletten Gebärmuttervorfall, der mit einer Rekto- und Cystocele kombiniert war. Er schloß noch an die Operation eine Verengerung des Introitus vaginae nach Baker Brown an. Seine Technik unterscheidet sich nicht wesentlich von derjenigen Neugebauers, nur machte er die Scheidenlappen rechteckig und gab sie mit 6×2 cm an.

In den unmittelbar darauffolgenden Jahren wurde die Operation von einer größeren Anzahl französischer Chirurgen und Frauenärzte ausgeführt, indem sie zum Teil die ursprüngliche Technik modifizierten. Auch die Auswahl des Nahtmaterials spielte bei den neuen Vorschlägen eine Rolle.

Eustache machte die Wundflächen breiter, wodurch er die Stabilität vergrößerte und das Wiedervorfallen durch einen der beiden seitlichen Kanäle verhinderte. Er erwähnt u. a. eine Patientin, die zweimal erfolglos nach Le Fort operiert worden war, die aber, nachdem bei der dritten Operation das mediane Septum noch mehr verbreitert wurde, recidivfrei blieb. Dadurch allerdings wurde die Kohabitationsmöglichkeit verhindert und die Anwendbarkeit der Operation auf Frauen im Klimakterium und jenseits davon beschränkt.

Duplay operierte 12 Fälle und schloß an die Kolpokleisis eine Colpoperineorrhaphie an. Sämtliche von ihm operierten Frauen blieben frei von Recidiven.

Die erste breitere und zusammenfassendere Darstellung über die Neugebauer-Le Fortsche Operation hat 1883 Brunet gegeben. In dieser Arbeit werden 13 Fälle zusammengefaßt, die von verschiedenen Operateuren operiert waren. Gleichzeitig wird darin über Indikation und Kontraindikation sowie über die Ursache der Mißerfolge berichtet.

Eine weitere Abhandlung, nämlich die von André (1889), beschäftigt sich mit demselben Thema. Zu den 13 Fällen von Brunet hat André 27 hinzugefügt, und von diesen insgesamt 40 Fällen sind 33 recidivfrei geblieben.

Ferner hat Bordier (1894) 2 Fälle nach Le Fort operiert und veröffentlicht. Nach 5 und 6 Monaten waren sie ohne Recidive. Bordier hatte beide Fälle mit einer Colpoperineorrhaphie und den einen außerdem mit einer Amputatio colli verbunden.

An Hand von Beobachtungen hat Sokoloff (1884) einen weiteren Beitrag zur Colporrhaphia mediana aus der Slavjanskyschen Klinik in Petersburg gegeben. Er veröffentlicht 14 Fälle von Totalprolaps, teilweise mit Rekto- und Cystocele kombiniert, von denen 10 nach der ersten Operation von Erfolg waren; bei den übrigen 4 Fällen mußte die Operation wiederholt werden. Auch Sokoloff ergänzte die Colporrhaphie durch andere Eingriffe.

Wyatt operierte 6 Fälle von Totalprolaps nach Le Fort, die noch nach mehreren Jahren recidivfrei waren; nur eine Patientin hatte einen unbedeutenden Vorfall, der aber nicht unbedingt als Recidiv bewertet werden darf.

Noch eine größere Anzahl von Operateuren, außer den bereits erwähnten, hat die Neugebauer-Le Fortsche Operationsmethode angewendet. So hat Berlin (1881) zum ersten Male in Amerika 3 Fälle mit gutem Operationsbefund veröffentlicht.

Taft teilte 1889 einen Fall mit, der von Thomas Gaillard erfolgreich nach Le Fort operiert worden war, und ebenso Dullaeus (1893) einen von Kaltenbach mit gutem Resultat operierten Fall.

Nach 1900 erschienen nur gelegentlich Berichte in der Literatur, bis im Jahre 1916 Lorenz Schwabe eine eingehende Schilderung der bis dahin erschienenen Literatur gab und anschließend über 31 in der Baseler Frauenklinik nach Neugebauer-Le Fort operierte Fälle berichtete. Von diesen wurden 24 Frauen nachuntersucht, 14 nach persönlicher Vorstellung. Das Ergebnis war folgendes: in 91,67% der Fälle gutes Resultat, 8,33% Recidive. Auch C. H. Meyer,

Straßburg, berichtet einen Fall, bei dem 1903 wegen Prolapsus vaginae et uteri eine vordere und hintere Colporrhaphie ausgeführt worden war. 6 Monate später trat ein Recidiv mit Totalprolaps auf. 1920 wurde die über 60 Jahre alte Patientin vom Verfasser nach Le Fort operiert, verbunden mit einer hohen Perineoplastik. Die Frau war seitdem geheilt.

Tierny schreibt 1925, daß der Scheidenverschluß nach Le Fort mit ausgiebiger hinterer Colporrhaphie beim Genitalprolaps älterer Frauen die Methode der Wahl ist. Das Risiko wäre gleich Null und die Radikalheilung absolut sicher. Diese Leitsätze werden durch eigene Erfahrungen sowie durch den Vergleich mit anderen Operationsverfahren belegt.

Brocq und Nora haben 38 Frauen ohne jeden Zwischenfall bei der Operation und ohne Recidive operiert. Sie heben besonders die technische Einfachheit der Operation, das geringe Gefahrenmoment und die Seltenheit von Recidiven hervor.

Eine größere und umfassendere Zusammenstellung hat wiederum Börjeson gegeben, der von 30 Patientinnen berichtet, die in der Frauenklinik in Lund nach der Methode von Neugebauer-Le Fort operiert worden sind. 23 Patientinnen hatten sich zur Nachuntersuchung persönlich vorgestellt. In den übrigen 7 Fällen sind schriftliche Mitteilungen mit brauchbaren Angaben betreffs des Resultates eingegangen. Das Ergebnis der Nachuntersuchung war folgendes: vollständig guter Erfolg 94,7%, wirklicher Rückfall (1 Fall) 4,3%. Im Vergleich mit den übrigen Fällen der Literatur war die Mortalität in Lund hoch, denn 2 Frauen kamen infolge Embolie ad exitum. 2 weitere Patientinnen hatten eine Thrombose ohne Embolie. Börjeson betrachtet dies aber als reinen Zufall.

Phaneuf berichtet über 126 Fälle von Prolaps-Operationen bei Frauen im Alter 40—86 Jahren. 111 Frauen wurden nach Schauta-Wertheim, 10 abdominal vaginal und 5 nach Neugebauer-Le Fort operiert. Das Resultat war 119 Heilungen und 7 Mißerfolge nach der Interposition. Die Le Fortsche Plastik befürwortet er nur bei alten Frauen.

M. Listo veröffentlicht eine Statistik über 501 Prolapsoperationen, die in der Universitätsklinik zu Helsinki in den Jahren 1913 bis 1928 ausgeführt worden sind. Davon wurden 19 Frauen nach Neugebauer-Le Fort operiert und 13 nachuntersucht. Bei sämtlichen Frauen war die Operation von gutem Erfolg.

Brocq und Dupeux haben 1935 eine neuere Statistik über die Le Fortschen Operationsergebnisse herausgegeben. Alle 14 Frauen im Alter von 58—77 Jahren, die wegen Totalprolaps operiert worden waren, wurden durch diese Behandlung völlig geheilt. Vorher hatten noch Failla, Labhardt, Hofbauer, Rubowits, Sussi u. a. über denselben Gegenstand geschrieben.

Die letzte größere Zusammenstellung ist im Jahre 1936 von Fred L. Adair und Laura Da Sef erschienen. Sie umfaßt 38 Fälle, die fast alle mit gutem Erfolg operiert wurden. Nur ein Recidiv hatten die Verfasser zu verzeichnen, bei dem der Uterus wieder durch einen seitlichen Kanal prolabiert war. Bemerkenswert ist, daß 19 Frauen, das sind 50%, wegen dieses Leidens schon eine andere Operation durchgemacht hatten. 11 Frauen hatten jahrelang die verschiedensten Pessare erfolglos getragen.

In der Zeit vom November 1933 bis März 1937 sind in der Berliner Universitäts-Frauenklinik (Direktor: Geheimrat Prof. Dr. W. Stoeckel) 25 Frauen wegen Genitalprolaps nach der Methode von Neugebauer und Le Fort operiert worden. Die Operation wurde folgendermaßen ausgeführt: Portio und Vagina werden, soweit es möglich ist, bis außerhalb der Vulva gezogen. Dann wird ein Querschnitt oberhalb der Portio 2—3 cm breit gemacht und ein ebensolcher unterhalb der Urethra. Diese beiden Querschnitte werden durch Längsschnitte verbunden; alsdann wird dieses Schleimhautrechteck abpräpariert. Ein ebensolches kongruentes Rechteck wird aus der hinteren Vaginalwand entfernt. Diese beiden Rechtecke sind in der Median-Ebene gelegen und haben ihre größte Ausdehnung in der Längsrichtung der Vagina. Die Größe wird dem Vorfall angepaßt. Es genügt für gewöhnlich eine Breite von 2—3 cm und eine Länge von 5—6 cm. Die wundgemachten Flächen werden durch Nähte vereinigt, und zwar wird ganz nahe der Portio an der vorderen bezw. an der hinteren Vaginalwand angefangen. Nach dem Verschluß der Wundflächen bleibt als Resultat eine median gestellte Trennungswand übrig, die an den beiden Seiten von je einem Kanal begrenzt wird. Diese beiden Kanäle dienen zum Abfluß des Gebärmuttersekretes.

Diese Operationsmethode kann naturgemäß nur für eine ganz beschränkte Anzahl und bestimmte Gruppe von Frauen in Betracht kommen; sie kommt nur dann zur Anwendung, wenn zwei Voraussetzungen erfüllt sind: 1. dürfen keine Kohabitationswünsche mehr

vorhanden sein und 2. müssen die Genitalorgane frei von krankhaften Veränderungen sein.

Ich lasse einen Ueberblick mit den Ergebnissen der Nachuntersuchungen folgen:

Fall 1 (Krankenblatt-Nr. 1584/33).

Frau B. R., 63 Jahre alt, IV. para, hat seit der Geburt des 1. Kindes einen Vaginalvorfall, dr sich nach einigen Jahren verschlimmrte, Patientin hat lange Zeit einen Ring getragen. Jetzt Klagen über Stuhl- und Harnbeschwerden, Pollakisurie.

Die Untersuchung ergab einen reduzierten Allgemeinzustand, dabei waren die inneren Organe o. B. Genitalbefund: Descensus vaginae anterior et posterior mit starker Rektocelenbildung. Hypertonie von 155: 95 mm Hg.

Die Patientin wurde am 17. 11. 33 in Avertinbasisnarkose operiert und am 14. 12. 33 nach komplikationslosem Verlauf entlassen.

Die Nachuntersuchung fand am 9. 9. 37 statt: subjektiv war die Patientin völlig ohne Beschwerden. Objektiver Befund: Narbenplatte etwas nach links verdrängt, jedoch ausgezeichnetes funktionelles Resultat.

Fall 2 (Krankenblatt-Nr. 161/34).

Frau B. H., 60 Jahre alt, III para, die bei der Geburt des 1. Kindes einen Dammriß hatte, der nicht genäht worden war. Seit dieser Zeit bildete sich ein immer größer werdender Vorfall aus, der die Patientin beim Gehen stark behinderte. Außerdem hatte sie abwechselnd Harnverhaltungen und Pollakisurie.

Der Allgemeinbefund war o. B. Genitalbefund: Vulva klaffend; beim Stehen tritt die ganze Scheide und die Portio heraus. Uterus und Adnexe sind in den Vorfall hineingezogen. Diagnose: Totalprolaps mit Rekto- und Cystocele.

Am 27. 1. 34 wurde Patientin in Aethernarkose operiert und am 14. 2. 34 nach glattem Verlauf und primärer Wundheilung entlassen. Das Operationsergebnis war bei der Entlassung ein gutes. Eine spätere Nachuntersuchung konnte nicht stattfinden, da Patientin in der Zwischenzeit infolge einer anderen, nicht näher bekannten Erkrankung verstorben war.

Fall 3 (Krankenblatt-Nr. 238/34).

Frau E. H., 58 Jahre alt, Nullipara, stark adipös, die seit vielen Jahren unter Vorfallsbeschwerden und Inkontinenzerscheinungen gelitten hatte. Sie führt den Prolaps auf schweres Heben zurück. Außer leichten Oedemen an den Unterschenkeln war der Allgemeinbefund o. B. Genitalbefund: Descensus vaginae anterior et posterior, Uterus ebenfalls descendiert, Rekto- und Cystocele.

Am 9. 2. 34 Operation in Aethernarkose mit postoperativem glatten Verlauf, so daß Patientin am 22. 2. 34 nach guter Wundheilung entlassen werden konnte.

Dieselbe Patientin wurde am 31. 5. 34 wegen Inkontinenzbeschwerden wieder aufgenommen. Die Scheidennarbe war glatt verheilt und bot einen sicheren Halt. Es wurde eine direkte Muskelplastik ausgeführt,

und Patientin wurde am 12. 6. 34 mit gutem Scheidenverschluß und ohne Inkontinenzerscheinungen gebessert entlassen.

Fall 4 (Krankenblatt-Nr. 285/34).

Frau A. M., 51 Jahre alt, IV para, die einen Prolaps seit einem Jahr mit typischen Harnbeschwerden hatte. Ein Zusammenhang des Leidens mit einer Geburt war nicht nachweisbar. Befund bei der Aufnahme: Kleine asthenische Frau in dürftigem Ernährungs- und Kräftezustand. Ueber dem Herzen war an der Spitze ein leises systolisches Geräusch zu hören, die Lunge war frei von krankhaftem Befund. Genitalbefund: Totalprolaps mit Portioerosion, Rekto- und Cystocele. Nach üblicher Vorbehandlung wurde Patientin am 16. 3. 34 in Aethernarkose operiert. Der weitere Verlauf war ohne Komplikationen. Bei der Entlassung am 28. 3. 34 waren die Scheidenwände etwas schmierig belegt, die neugeschaffenen Eingänge ziemlich weit, so daß die ganze Scheidenwand wieder zum Descensus neigt.

Nachuntersuchung am 7. 9. 37. Subjektiv hatte die Patientin wenig Beschwerden. Objektiv ergab sich eine nach links verzogene Narbenplatte; der rechte Teil der Vaginalwand war in nicht ganz Talergröße prolabiert.

Fall 5 (Krankenblatt-Nr. 699/34).

Frau F. W., 55 Jahre alt IV para, die seit 2 Jahren den Vorfall hatte, und erfolglos mit einem Ringpessar behandelt worden war. In den letzten Monaten vor der Operation Zunahme der Beschwerden; Patientin litt unter heftigem Harndrang und Harnträufeln. Bei der Aufnahme wurde folgender Befund erhoben: Lungen o. B., die Herzgrenzen sind nach rechts und links verbreitert; über der Spitze sowie über dem Erbschen Punkt war ein systolisches Geräusch zu hören; stark positive Basedow-Symptome. Genitalbefund: Totalprolaps mit Rekto- und Cystocele. Diagnose: Basedow, essentielle Hypertension, Bewegungsinsufficienz, Totalprolaps.

Die Patientin wurde längere Zeit internistisch vorbehandelt und am 30. 5. 34 in Lokalanaesthesie operiert. 3 Tage nach der Operation bekam sie eine Pneumonie und erlag am 14. Tage der eingetretenen Herz- und Kreislaufschwäche.

Fall 6 (Krankenblatt-Nr. 706/34).

Frau I. P., 61 Jahre alt, Nullipara, die seit Jahren unter Vorfallsbeschwerden zu leiden hatte. Im Laufe der Zeit Zunahme der üblichen Beschwerden. Status o. B. Genitalbefund: beim Pressen wölbt sich die ganze Scheidenwand unter starker Cystocelenbildung heraus, den Uterus zwischen sich fassend. An der hinteren Muttermundslippe ca. erbsengroße, sauber ausgestanzte Erosion.

Nach üblicher Vorbehandlung wurde Patientin am 26. 5. 34 in Aethernarkose operiert und nach glattem Verlauf am 6. 6. 34 entlassen.

Nachuntersuchung am 8. 9. 37: schmale, quer verlaufende Narbenplatte; Scheidenkanäle beiderseits für Fingerkuppe eingängig. Voller Erfolg.

Fall 7 (Krankenblatt-Nr. 832/34).

Frau A. D., 63 Jahre alt, III. Para, hat längere Zeit unter Vorfallsbeschwerden mit den typischen Begleiterscheinungen gelitten. Der Genitalbefund ergab einen Totalprolaps, kombiniert mit Rekto- und Cystocele. Am 21. 6, 34 Operation in Aethernarkose, danach der Verlauf glatt und am 4. 7. 34 erfolgte Entlassung.

Nachuntersuchung am 8. 9. 37: seit einem Jahr tritt beim schweren Heben der Vorfall wieder heraus. Die Narbenplatte ist nach links verzogen und der rechte Teil der Scheidenwand ist prolabiert. Recidiv!

Fall 8 (Krankenblatt-Nr. 881/34).

Frau H. R., 65 Jahre alt, III. para, die seit der Geburt des letzten Kindes einen leichten Descensus hatte. Seit 4—5 Wochen Totalprolaps.

Befund bei der Aufnahme: Patientin in mäßigem Ernährungszustand. Herz und Lungen o. B. Hypertonie von 225: 110 mm Hg. Genitalbefund: aus der Vulva hängt der Uterus in toto hervor. Auf der Prominenz der Muttermundslippe befindet sich ein zirkuläres Geschwür mit guten Granulationen, frei von Belag.

Die Patientin wurde wegen des Hochdrucks und wegen der Erosion längere Zeit vorbehandelt, und am 2. 7. 34 wurde die Operation in Lokalanesthesie ausgeführt. Im weiteren Verlauf heilten die Wundränder sauber. Die Patientin wurde am 8. 8. 34 mit primär gutem Operationsresultat entlassen. Eine spätere Nachuntersuchung konnte nicht mehr stattfinden, da sie infolge Apoplexia cerebri verstorben war (7. 9. 35).

Fall 9 (Krankenblatt-Nr. 855/34).

Frau E. T., 53 Jahre alt, VI. para. Seit etwa 30 Jahren Scheidenvorfall und seit 2 Monaten Totalprolaps. Die Patientin litt infolgedessen an Blasenbeschwerden und war dauernd obstipiert. Allgemeinbefund: o. B., Genitalbefund: Vulva klaffend, Portio und Scheidenwände herausragend. Uterus und Adnexe o. B., Rekto- und Cystocele.

Am 31. 6. 34 wurde Patientin in Aethernarkose operiert und nach glattem Verlauf am 11. 7. 34 entlassen. Bei der Entlassung waren die Scheidenwände noch etwas schmierig belegt und zeigten mäßige Sekretion.

Nachuntersuchung am 8. 9. 37: subjektiv keine Beschwerden, gutes funktionelles Resultat. Geringe Verziehung der Narbenplatte nach links, so daß der rechte Teil der Scheidenwand sich in etwa Haselnußgröße vorwölbt.

Fall 10 (Krankenblatt-Nr. 952/34).

Frau A. T., 59 Jahre alt, II. para, hat seit 6 Wochen ihren Vorfall. Der Allgemeinbefund war o. B., Patientin hatte jedoch starke Varizen an beiden Unterschenkeln. Genitalbefund: Totalprolaps des Uterus mit Decubitalulcus. und kleinem Polypen an der hinteren Muttermundslippe Nach Abheilung des Ulcus wurde Patientin am 16. 7. 34 in Lokalanaesthesie operiert. Der postoperative Verlauf war anfangs glatt, am 28. 7. 34 jedoch bekam sie einen embolischen Anfall, dem sie nach kurzer Zeit erlag.

Fall 11 (Krankenblatt-Nr. 1390/34).

Frau K. E., 59 Jahre alt, IV. para, die seit 1½ Jahren ihren Prolaps hat. Zusammenhang mit den Geburten nicht nachweisbar. Befund: starke adipöse Frau in gutem Kräftezustand. Ueber dem Herzen und den Lungen war kein krankhafter Befund zu erheben. Genitalbefund: Totalprolaps mit Erosion an der vorderen Muttermundslippe und Cystocele. Am 22. 10. 34 Operation der Patientin in Aethernarkose. Die Wundheilung war sekundär und bei der Entlassung am 6. 12. 34 war die Wunde noch schmierig belegt und sezernierte stark.

Nachuntersuchung am 10. 9. 37: Totalprolaps wie vorher, mit Narbenbildung am Damm und beiderseits davon in die Höhe gehend. Recidiv!

Fall 12 (Krankenblatt-Nr. 1473/34).

Frau E. W., 71 Jahre alt, III. para, die seit 2 Jahren ihren Prolaps und deshalb dauernd einen Ring getragen hatte, der ihr aber Beschwerden verursachte. Teilweise Harninkontinenz. Der Allgemeinzustand entsprach dem Alter der Patientin. Am Herzen war über allen Ostien ein systolisches Geräusch zu hören; die Lungen waren frei von krankhaftem Befund. Genitalbefund: Vulva klaffend, Vagina sehr weit, Prolaps beider Scheidenwände. Uterus liegt im Prolaps, ebenso die Adnexe. Am 12. 11. 34 wurde Patientin in Lokalanaesthesie operiert. Sie erholte sich sehr langsam und machte im Verlauf noch eine Bronchitis durch. Am 3. 12. 34 erfolgte die Entlassung mit sauber geheilten Wunden.

Nachuntersuchung: am 8. 9. 37: breite Narbenplatte in der Mitte, mit Scheideneingängen rechts und links für Fingerkuppe eingängig. Subjektiv und objektiv gutes Resultat.

Fall 13 (Krankenblatt-Nr. 1602/34).

Frau H. K., 64 Jahre alt, VI. para. Seit mehreren Jahren Prolaps, dessen Ursache nicht bekannt ist. Besonders Beschwerden beim Stuhl- und Wasserlassen, Gehbeschwerden. Organbefund o. B. Genitalbefund: Descensus vaginae anterior et posterior mit starker Rekto- und Cystocelenbildung. Am 7. 12. 34 Operation in Aethernarkose; der weitere Verlauf war ohne Komplikationen, so daß Patientin am 28. 12. 34 mit gut verheilten Wunden entlassen wurde.

Nachuntersuchung am 7. 9. 37: es besteht eine breite Längsscheidenwand aus Narbengewebe. Zu beiden Seiten dieser Scheidenwand kommt man eben mit einem Finger in die Vagina hinein. Gutes Resultat.

Fall 14 (Krankenblatt-Nr. 171/35).

Frau A. H., 62 Jahre alt, II. para, die im Jahre 1907 wegen Descensus vaginae und Uterus myomatosus mit Retroflexio operiert worden war. Seit 1½ Jahren hatte sie Vorfallsbeschwerden, die an Stärke zunahmen. Aufnahmebefund: kleine, adipöse Patientin mit Kyphoskoliose. Die inneren Organe waren o. B. Genitalbefund: Vulva weit klaffend; wenn Patientin preßt, prolabiert die vordere und die hintere Scheidenwand, ebenso die Portio. (Status post supravaginaler Amputation.) Erosion an der vorderen und der hinteren Muttermundslippe. Scheidenschleimhaut derb. Nach Reposition des Prolapses Portiostumpf beweglich. Adnexgegend

frei. Nachdem die Erosion abgeheilt war, wurde Patientin am 31. 1. 35 in Aethernarkose operiert und am 19. 2. 35 mit primär verheilter Wunde entlassen.

Nachuntersuchung am 6. 9. 37: gutes funktionelles Resultat. Die Cervix-Scheidentasche ist fast für 2 Finger eingängig, der Vorfall ist zurückgehalten.

Fall 15 (Krankenblatt-Nr. 601-35).

Frau P. J., 53 Jahre alt, IV. para. Seit über 20 Jahren starker Scheidenvorfall, der sich noch verschlimmerte. Patientin trug seit 10 Jahren einen Ring und hatte seit diese Zeit Ausfluß. Aufnahmebefund: leidlicher Allgemeinzustand, starke Cyanose, Varikosis beiderseits. Herz und Lungen o. B. Genitalbefund: Vulva klaffend, Vagina sehr weit. Portio verdickt, ulceriert, besonders an der hinteren Muttermundslippe. Das Ulcus reicht bis in das hintere Scheidengewölbe. Uterus und Adnexe liegen klein und senil geschrumpft im Vorfall. Rekto- und Cystocele.

Patientin wurde längere Zeit mit Digitalis vorbehandelt und, nachdem das Ulcus abgeheilt war, am 29. 4. 35 in Lokalanaesthesie operiert. Der weitere Verlauf war komplikationslos und die Entlassung erfolgte am 24. 5. 35.

Nachuntersuchung am 6. 9. 37: zwischen vorderer und hinterer Scheidenwand ein feste, bis weit nach hinten reichende Gewebsbrücke, guter Erfolg, die Patientin ist völlig geheilt.

Fall 16 (Krankenblatt-Nr. 776/35).

Frau M. O., 60 Jahre alt, VI. para, mit einem seit vier Jahren bestehenden Prolaps und typischen Blasenbeschwerden. Aufnahmebefund: Innere Organe o. B., Genitale: Descensus vaginae anterior et posterior. Zweimarkstückgroße, scharf abgesetzte, unverdächtige Erosion an der Muttermundslippe. Starke Cystocele. Am 24. 7. 35 wurde die Patientin in Aethernarkose operiert. Der Verlauf war durch einen Lungeninfarkt mit anschließender Infarktpneumonie kompliziert, so daß Patientin erst am 13. 7. 35 entlassen werden konnte. Die Nahtverhältnisse waren gut, gleichfalls das Operationsergebnis.

Nachuntersuchung am 7. 9. 37: breite Narbenplatte, die einen sicheren Halt bietet, voller Erfolg.

Fall 17 (Krankenblatt,Nr. 1381/35).

Frau E. Sch., 58 Jahre alt, III. para. Die letzte Geburt war 1915. Vor 10 Jahren wurde Patientin wegen starker Blutung nach erfolgter Curettage mit Röntgenstrahlen behandelt. Seit 15 Jahren hatte sie ihren Vorfall. Jetzt vor 2 Jahren traten erneute Blutungen auf. Es bestand der Verdacht auf Carcinom; sie wurde operiert, gleichzeitig wurde eine Plastik angeschlossen. 1 Jahr nach der Operation Recidiv. Aufnahmebefund jetzt: guter Allgemeinzustand, Varizen beiderseits. Herz und Lungen o. B. Genitalbefund: hoher Damm durch frühere Plastik. Introitus trotzdem für 2 Finger eingängig, da die Levatoren auseinandergewichen sind. Beim Pressen wölbt sich eine hühnereigroße Cystocele vor, Descensus der Portio. Das Corpus uteri ist nicht genau abzugrenzen. Am 21. 9. 35 erfolgt die Operation in Eunarcon-Narkose. Patientin machte

im weiteren Verlauf einen embolischen Schub durch, von dem sie sich aber bald erholte. Entlassungsbefund am 20. 10. 35: Scheide praktisch vollkommen geschlossen. Im Vestibulum nur die Harnröhrenmündung, darunter eine kleine Tasche von der aus nur links ein Kanal in die Tiefe führt. Der rechte Scheideneingang vollkommen verklebt. Selbst beim stärksten Pressen keine Vorwölbung mehr.

Nachuntersuchung am 10. 9. 37: breite Narbenplatte, die den Hinterdamm mit der Urethra verbindet, und beiderseits nur kleine Eingänge zum Scheidengewölbe offen läßt. Fast völliger Verschluß.

Fall 18 (Krankenblatt-Nr. 1471/35).

Frau A. M., 63 Jahre alt, II. para, die seit 18 Jahren wegen ihres Vorfalls einen Ring getragen hat, seit 2 Wochen starke Beschwerden mit Inkontinenzerscheinungen. Befund: stark adipöse dyspnoische Frau. Varizen an beiden Unterschenkeln. Lunge und Herz frei von krankhaftem Befund. Genitalbefund: Totaler Prolaps von 1½ Faustgröße mit riesiger Cystocele. Zirkulär um die Portio eine unregelmäßig begrenzte, ziemlich derbe Erosion, in die die Sonde nicht eindringt. Uebrige Scheidenschleimhaut stark epidermisiert, matt glänzend im Bereich des Cystocelensackes. Nach der Reposition fühlt man über der klobigen Portio einen nicht wesentlich vergrößerten Uterus. Die Operation erfolgte nach abgeheilter Erosion am 17. 10. 35 in Lokalanaeshesie. Die Entlassungsuntersuchung am 1. 11. 35 ergab eine reizlose Vernarbung der Operationsstelle. Die beiden Seitenkanäle waren in Bleistiftdicke durchgängig.

Nachuntersuchung am 6. 9. 37: Patientin hat nach der Operation keine Beschwerden mehr. Sie fühlte sich wohl trotz schwerer körperlicher Arbeit. Der Befund ergab eine gut verheilte Narbenplatte mit Scheideneingängen beiderseits für Fingerkuppe.

Fall 19 (Krankenblatt-Nr. 1670/35).

Frau E. B., 58 Jahre alt, II. para, die seit der letzten Geburt im Jahre 1910 eine Senkung hatte. Beschwerden hat sie aber erst seit 5 Jahren. Außerdem Klagen über Inkontinenz und Blasendruck. Aufnahmebefund: leidlicher Allgemeinzustand, Varikosis beiderseits. Genitalbefund: klaffender Introitus, beim Pressen wölbt sich die vordere Scheidenwand, mit kleiner Cystocele vor. Ein Totalprolaps besteht nicht. Am Muttermund abgeheilte Erosion. Nach der Reposition fühlt man den Uterus in Streckstellung, nicht vergrößert und gut beweglich. Am 25. 11. Operation in Aethernarkose und am 14. 12. 35 erfolgte die Entlassung nach komplikationslosem Verlauf und guter Wundheilung.

Nachuntersuchung am 8. 9. 37: voller Erfolg. Breite, längs gerichtete Narbenplatte mit kleinen seitlichen Kanälen.

Fall 20 (Krankenblatt-Nr. 1765/35 und Nr. 366/36).

Frau P. S., 64 Jahre alt, III. para. Vorfall seit ca. 20 Jahren. Immer mit Ring behandelt worden. In den letzten Jahren Verschlimmerung des Leidens und Ausfluß. Harnfunktion o. B. Befund: fettleibige Patientin, geringe Cyanose. Beiderseits Krampfaderbildung. Ueber den Lungen zahlreiche bronchitische Geräusche. Herz o. B. Genitalbefund: Total-

prolaps mit großer Cysto- und Rektocele. Nach der Reposition fühlt man den Uterus anscheinend vergrößert und retroponiert. Cervix elongiert und an der Portio ein zungenförmiges Ektropium der hinteren Muttermundslippe. Am 16. 12. 35 wurde zunächst in Lokalanaesthesie die hintere Muttermundslippe mit dem Ektropium reseziert und dann daran die typische Neugebauer-Le Fortsche Operation angeschlossen. Der postoperative Verlauf war ohne Komplikationen, jedoch heilte die Wunde sekundär. Patientin wurde am 6. 1. 36 entlassen und Ende Januar 36 zur Nachuntersuchung wieder bestellt. Dabei ergab sich beginnendes Prolaps-Recidiv.

Die Wiederaufnahme erfolgte am 10. 3. 36. Der Befund: Prolaps-Recidiv nach Neugebauer-Le Fort. Patientin wurde nochmals am 8. 3. 36 in Eunarconnarkose operiert. Die Wundheilung war diesmal primär, so daß sie am 7. 4. 36 mit gutem Scheidenverschluß entlassen werden konnte.

Nachuntersuchung: 9. 9. 37. Nicht sehr breite, quer verlaufende Narbenplatte, so daß Urethra und Damm fast zusammenliegen. Beiderseits sehr kleine Scheideneingänge. Voller funktioneller Erfolg.

Fall 21 (Krankenblatt-Nr. 629/36).

Frau W. K., 62 Jahre alt, I. para, seit dem Jahre 1897 in Anschluß an eine Fehlgeburt Auftreten einer Senkung, die im Laufe der Jahre immer stärker wurde. Guter Allgemeinzustand, an den Organen kein krankhafter Befund. Genitalbefund: klaffender Introitus, die Portio überragt weit die Vulva, stark elongiertes Kollum. Uterus etwas vergrößert, anteflektiert. Am 22. 5. 36 wurde die Operation in Eunarcon-Aethernarkose ausgeführt. Im postoperativen Verlauf hatte die Patientin nach einer Woche eine starke Blutung, die wahrscheinlich durch Lösung der Naht verursacht war. Bei der Entlassung sahen die Wundflächen sauber aus.

Nachuntersuchung am 7. 9. 37: herausragende Portio, starke Schrumpfung des Scheidengewölbes, so daß die Scheide einen gewissen Halt bietet, und es nicht zum Totalprolaps kommt. Die subjektiven Beschwerden sind gering. Recidiv!

Fall 22 (Krankenblatt-Nr. 103/37).

Frau A. Sch., 62 Jahre alt, III. para. Seit 20 Jahren hat Patientin einen Descensus vaginae, der ihr keine Beschwerden verursachte. Vor 3 Jahren trat plötzlich die Portio in die Scheide und sie trug deshalb einen Ring, der ihr aber stärkere Beschwerden verursachte. Seit Auftreten des Vorfalls besteht Pollakisurie. Allgemeinbefund o. B. Genitalbefund: beim Pressen erscheint die Portio vor der Vulva; kleine Rektocele, in der Vulva selbst ist eine größere Cystocele sichtbar. Uterus liegt anteflektiert und ist normal groß. Am 27. 1. 37 Operation in Eunarcon-Narkose mit postoperativem, komplikationslosem Verlauf. Am 11. 2. 37 Entlassung mit fester Narbe.

Nachuntersuchung 9. 9. 37: voller Erfolg, gut verheilte Narbenplatte in der Mitte, mit normalen, kleinen, trichterförmigen Zugängen beiderseits.

Fall 23 (Krankenblatt-Nr. 186/37).

Frau M. U., 61 Jahre alt, I. para, die seit der Geburt ihres Kindes im Jahre 1910 eine Senkung hatte. Im Laufe der Jahre Zunahme des Leidens, mit starken Harn- und Stuhlbeschwerden. Guter Allgemeinzustand. Genitalbefund: Vulva klafft, kleine Cystocele, geringer Descensus auch der hinteren Scheidenwand. Der Uterus ist klein und anteponiert. Am 9. 2. 37 Operation in Aethernarkose. Im weiteren Verlauf heilte die Wunde im Bereich der hinteren Commissur nicht ganz primär. Am 5. 3. 37 erfolgte die Entlassung.

Nachuntersuchung am 9. 9. 37: gutes Resultat, Scheide ist rechts für Finger, links für Fingerkuppe eingängig.

Fall 24 (Krankenblatt-Nr. 208/37).

Frau M. K., 64 Jahre, IV. para, hat seit ca. 25 Jahren Senkungsbeschwerden und deshalb in Abständen einen Ring getragen. Beim schweren Tragen trat die Gebärmutter heraus. Klagen über Harn- und Stuhlbeschwerden. Genitalbefund: aus der Vulva hängt in Apfelgröße der prolabierte Uterus mit großer Cystocele heraus. Dreimarkstückgroße, leicht blutende Erosion, besonders der hinteren Muttermundslippe. Nach der Reposition des Vorfalls ist die Vagina weit und lang. Operation am 22. 2. 37 in Eunarconnarkose. Postoperativer Verlauf ohne Komplikationen.

Nachuntersuchung am 10. 9 37: feste mediane Gewebsbrücke; kleine, für Fingerkuppe eingängige, seitliche Kanäle. Gutes Resultat.

Fall 25 (Krankenblatt-Nr. 436/37).

Frau M. P., 57 Jahre alt, III. para. Seit 10 Jahren hat sich langsam aus einer Senkung ein Totalprolaps entwickelt. Seit 3 Monaten Entzündung am Muttermund. Die Harnentleerung stockte oft, bis Patientin den Vorfall mit der Hand zurückgedrängt hatte. Dann erfolgte prompte Entleerung. Allgemeinzustand: stark adipöse Frau. Herz und Lungen o. B. Blutdruck 220: 90 mm Hg. Genitalbefund: Vulva klafft, ganz niedriger Damm. Totalprolaps der inneren Genitalien. Portio-Erosion von Markstückgröße an der hinteren Muttermundslippe, reichlich schmierig belegt. Nach der Reposition fühlt man den leicht vergrößerten Uterus in Anteflektion. Nachdem die Erosion abgeheilt ist, wurde Patientin am 30. 3. 37 in Eunarconnarkose operiert. Sie machte im postoperativen Verlauf eine leichte Bronchitis durch, von der sie sich aber bald wieder erholte, und wurde am 20. 4. 37 entlassen.

Nachuntersuchung am 23. 9. 37: breite Narbenplatte, die nach links verzogen ist, und dort für Fingerkuppe eingängig ist. Rechts ist das Scheidengewölbe für 2 Finger eingängig, die rechte Scheidenwand ist etwas prolabiert, wird aber durch die Platte zurückgehalten. Funktionell günstiges Resultat.

Diskussion über die Ergebnisse.

Die Operation wurde von dem größten Teil der Patientinnen gut überstanden. In einem Falle allerdings ist der Tod an Lungenembolie eingetreten, und zwar bei einer 59-jährigen Frau, am 12. Tage nach der Operation. Eine zweite, 55-jährige Frau, die einen schweren Morbus Basedow mit Herzmuskelschädigung hatte, bekam am 3. Tage nach der Operation eine Lungenentzündung; sie starb am 14. Tage infolge eingetretener Herz- und Kreislaufschwäche. Zwei Patientinnen machten im postoperativen Verlauf eine Bronchitis durch, und zwei weitere hatten einen embolischen Schub zu überstehen. Die eine hatte anschließend an ihren Lungeninfarkt eine Pneumonie. Alle diese 4 Patientinnen erholten sich aber langsam wieder. Im übrigen sind keinerlei Komplikationen im postoperativen Verlauf aufgetreten.

Trotzdem muß gesagt werden, daß das Gefahrenmoment und das Risiko der Operation nicht so gering ist, wie es ja die Mortalität von 8% beweist. Doch sollte die hohe Todesziffer nicht das Konto gerade dieser Operation belasten, denn der Herzmuskel und das Gefäßsystem war bei dem einen Fall infolge des lange bestehenden internen Leidens schwer geschädigt, und andererseits birgt jede Operation die Gefahr der Lungenembolie in sich. Der Eingriff wurde anfangs in Aethernarkose, später jedoch zum größten Teil in Lokalanaesthesie, oder aber in Eunarconnarkose vorgenommen. Die beiden ad exitum gekommenen Frauen waren in Lokalanaesthesie operiert worden, so daß die Narkoseart keinen Einfluß auf den Ausgang des Leidens gehabt haben konnte. Die eine Patientin, bei der im Verlauf ein Lungeninfarkt mit sekundärer Infarktpneumonie aufgetreten war, ist in Aethernarkose operiert worden.

Was den Ausdehnungsgrad der Vorfälle anbetrifft, so waren 21 sehr schwere und schon seit vielen Jahren bestehende Genitalprolapse mit Rekto- und Cystocele darunter, die zum Teil lange Zeit mit einem Pessar erfolglos behandelt worden waren; bei 4 Fällen handelte es sich um einen leichteren Prolaps der vorderen und hinteren Vaginalwand.

Bei vielen Frauen stand der Vorfall in einem ursächlichen Zusammenhang mit einer Geburt, andere führten ihn auf schwere körperliche Arbeit zurück. Die Symptome, unter denen die Patientinnen gelitten hatten, bestanden hauptsächlich in Kreuz- und Blasenschmerzen, Gefühl des Blasendruckes, Pollakisurie und Inkontinenz-

erscheinungen sowie Stuhlbeschwerden. Auch Beschwerden beim Gehen waren eine häufige Klage.

Das Alter der Patientinnen bewegte sich zwischen 51 und 71 Jahren; der größte Teil war zwischen 60 und 65 Jahren. Zwei von ihnen waren Nulliparae.

Zur Nachuntersuchung hatten sich 21 von den 25 Patientinnen persönlich in der Klinik eingefunden, 2 Patientinnen waren, wie bereits geschildert, gleich nach der Operation ad exitum gekommen; die anderen beiden waren in der Zeit von der Operation zum Nachuntersuchungstermin verstorben. Es handelte sich um eine 65 Jahre alte Frau mit stark erhöhtem Blutdruck, die in der Zwischenzeit einem Schlaganfall erlegen war, und bei der anderen, 60-jährigen Patientin kam die Aufforderung zur Nachuntersuchung als „unbestellbar" zurück. Die Todesursache ließ sich nicht feststellen.

Das Intervall, das zwischen der Operation und der Nachuntersuchung lag, wechselt bei den einzelnen Fällen zwischen 5 Monaten und 3¾ Jahren. Um die Nachuntersuchungsbefunde einigermaßen einwandfrei zu klassifizieren, sind die Resultate in drei Gruppen zusammengefaßt worden.

Die erste Gruppe umfaßt die Fälle, die einen subjektiv und objektiv eindeutigen Erfolg darstellen.

Die zweite Gruppe schließt die Fälle ein, die zwar durch die Operation subjektiv beschwerdefrei wurden, bei denen man aber diskutieren kann, ob diese Fälle zu den Rückfällen oder nicht gerechnet werden können. Ich habe sie als befriedigendes Operationsergebnis aufgefaßt.

In die dritte Gruppe schließlich sind die einwandfreien Rückfälle eingegliedert.

Das Ergebnis der Nachuntersuchung ist nun folgendes:

1. Subjektiv und objektiv vollständiger Erfolg: 15 Fälle = 71,4%
2) Befriedigendes Operationsresultat 3 Fälle = 14,3%
3. Wirklicher Rückfall 3 Fälle = 14,3%

Welches sind nun die Ursachen der Recidive gewesen?

Zwei Gründe sind im allgemeinen dafür verantwortlich:

1. ein Mißlingen, die seitlichen Kanäle eng genug zu machen; denn die Portio kann sich leichter in einen der beiden Seitenkanäle hineinzwängen, je weiter dieser ist und so die zur Zusammenwachsung bestimmten Flächen auseinandersprengen. Dies scheint mir die Ursache für eines der Recidive zu sein.

Und 2. können, wie es in den beiden anderen Fällen geschehen ist, Blutungen und Infektionen zwischen den Wundflächen eine Nahtinsufficienz verursachen und so die Ursache eines Rückfalles sein.

In einzelnen Fällen kann auch ein Recidiv durch Nachlässigkeit von seiten der Patientin verursacht werden, die sich nicht vor schwerer körperlicher Arbeit schont. Dadurch verlieren die noch nicht genügend zusammengeheilten Wundflächen den Kontakt und weichen auseinander.

Auffällig und bemerkenswert ist noch die Tatsache, daß bei 5 Fällen die längs gerichtete Narbenplatte immer mehr oder weniger stark nach links abgewichen war. Ob das ein Zufall ist oder aber seine Ursache in der Rechtshändigkeit der Operateure hat, läßt sich nicht entscheiden.

Außerdem ist noch hinzuzufügen, daß 2 Patientinnen bereits Prolapsoperationen durchgemacht hatten. Bei der einen war eine vordere und hintere Colporrhaphie ausgeführt worden — sie bekam ein Jahr darauf ein Recidiv — und die andere war schon einmal nach der Methode von Neugebauer und Le Fort erfolglos operiert worden. Beide Frauen sind durch eine zweite Operation nach Neugebauer-Le Fort geheilt worden.

Zum Schluß nur wenige Worte über die Indikation und Kontraindikation zu dieser Operation: trotz der nicht sehr häufigen Anwendung der Colporrhaphia mediana ist eine solche Operation bei einer beschränkten Anzahl von Fällen zur Behandlung eines Genitalprolapses angebracht. Sie ist bei älteren Frauen glänzend geeignet und kann auch dann durchgeführt werden, wenn andere umfassendere und eingreifendere Maßnahmen wegen starker Fettleibigkeit, Hypertonie oder Myodegeneratio cordis kontraindiziert sind. Die Operation ist verhältnismäßig gefahrlos und ein technisch einfacher chirurgischer Eingriff, der in Lokalanaesthesie oder geringer Rauschnarkose durchgeführt werden kann; gibt aber dabei im allgemeinen ein gutes Resultat.

Zwei Vorbedingungen müssen, wie oben schon erwähnt, erfüllt sein:

1. das Geschlechtsleben der Patientin darf von keiner Bedeutung mehr sein, und

2. dürfen die Genitalorgane keinen krankhaften Befund zeigen.

Und darin besteht die einzige, wesentliche Einschränkung für die Wahl dieser Operationsmethode. Die Kolpokleisis, denn eine solche ist die Methode nach Neugebauer-Le Fort, macht eine weitere Untersuchung der Unterleibsorgane per vaginam unmöglich.

Zusammenfassung:

Nach einer kurzen Zusammenstellung der bisher erschienenen Literatur sowie einem entwicklungsgeschichtlichen Rückblick mit den Resultaten der Neugebauer-Le Fortschen Prolapsoperation werden 25 nach dieser Methode operierte Fälle aus der Universitäts-Frauenklinik Berlin, Artilleriestraße, mitgeteilt. 21 Frauen, im Alter von 51—71 Jahren, hatten sich zur Nachuntersuchung persönlich in der Klinik eingefunden. Das Operationsresultat war folgendes: vollständiger Erfolg in 71,4%, befriedigendes Operationsergebnis in 14,3% und wirkliche Recidive in 14,3% der Fälle. Bei dem einen Rückfall sind die seitlichen Kanäle nicht eng genug gemacht worden und bei den anderen beiden Recidiven ist eine Nahtinsufficienz durch Blutung und Infektion zwischen den Wundflächen aufgetreten. Die Mortalität von 8% war ziemlich hoch; in einem Fall trat der Tod infolge Lungenembolie, in dem zweiten Fall, bei dem ein schwerer Basedow bestand, infolge Herzmuskelschwäche nach Pneumonie ein. Beide Frauen waren in Lokalanaesthesie operiert worden.

Zum Schluß wird nochmals die Indikation für diese Methode angeführt, die Neugebauer-Le Fortsche Operation hat sich bei älteren Patientinnen als empfehlenswert gezeigt. Das kommt auch zum großen Teil in der bisher erschienenen Literatur zum Ausdruck.

Es bleibt mir noch die angenehme Pflicht zu danken.

Für die gütige Erlaubnis, das zu meiner Arbeit notwendige Krankenblattmaterial verwenden zu dürfen, sage ich ganz besonders Herrn Geheimrat Prof. Dr. Stoeckel meinen aufrichtigsten Dank. Herrn Prof. Dr. Caffier danke ich für die freundliche Ueberlassung des Themas und die Unterstützung bei der Arbeit.

Literaturverzeichnis.

Adair, Fred, L. u. Da Sef, Laura. Am J. Obstetr. 32, 218—226, 1936 und Am. J. Surg. N. s. 33; 459—463, 1936.

Berlin, Fanny, Am. J. of Obstetr. Oktob. 1881.

Börjeson, Curt, Acta Obst. et gynec, Scandin. 5, 1926.

Brocq, P. u. Nora, G. Rev. mens. gyn. et obstetr. Vol. XI, No. 5, 1925.

Brocq, P. u. Dupeux, B., Bull. Soc. Obstétr. Paris 24, 1935.

Dullaeus, R., Dissert. 1893, Halle a. d. S.

Failla, Giocchino, Rev. d'obstetr. e gynec. prat. Jg. 5, No. 11, 1923.

Hofbauer, Zbl. f. Gyn. 1937, S. 130—133.

v. Jaschke, Handbuch der Gynäkologie von Stoeckel, Bd. V, 1.

Labhardt, Alf., Zbl. f. Gyn., Jg. 47, No. 34, 1923.

Laurentie, Gynecol. et obstétr., Bd. 14, No. 5, 1927.

Listo, M., Duodecim (Helsinki) 50, 1934.

Le Fort, Léon, Bull. Général de Thérapeutique médicinale et chirurgicale Paris 1877, 30 ar vil. Tome 92.

Meyer, Ch., Soc. d'obstétr. et de gynécol: Straßburg, 1925.

Neugebauer, Zbl. f. Gyn. 1881, No. 1 u. 2.

Phaneuf, Louis, Journ. med. Bruxelles, VI, 1926.

Rubovits, William, Am J. obstetr. 29, 1935.

Schwabe, Lorenz, Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk., Bd. 44, 1916.

Sussi, Luigi, Policlinico Sez. prat 1935, 857—860.

Tierny, Auguste, Clinique, Jg. 20, No. 55, S. 420/21, 1925.

Weibel, Zbl. f. Gyn. 1938, S. 126—127.

Wyatt, J., Journ. of Obstetr. and Gyn. of the Brit. Emp., Nov. 1912.

Lebenslauf.

Ich, Hans Fritz Tauchmann, wurde am 23. Mai 1908 in Berlin als Sohn des Ingenieurs Georg Tauchmann geboren. Meine Schulzeit verbrachte ich in Berlin-Schöneberg auf dem Staatlichen Prinz-Heinrichs-Gymnasium, wo ich auch 1928 die Reifeprüfung bestand. Mein medizinisches Studium begann ich anschließend an der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin, studierte ein Semester an der Wiener Universität und bestand das medizinische Staatsexamen am 8. Dezember 1934 in Berlin. Als Medizinalpraktikant war ich an mehreren Berliner Krankenhäusern tätig und erhielt meine Approbation als Arzt mit dem 2. Januar 1936. Ich übte dann zwei Monate Landarztpraxis aus und erhielt darauf Anstellung als Assistenzarzt im Hufelandhospital in Berlin-Buch. Nach anderthalbjähriger internistischer Tätigkeit bekam ich die erste Assistentenstelle auf der chirurgischen Abteilung des städtischen Krankenhauses in Berlin-Weißensee. Mit dem 30. September 1938 schied ich aus den Diensten der Stadt Berlin aus, um mich als praktischer Arzt niederzulassen.